



COMMUNE de BÉNESSE MAREMNE

Accueil de loisirs et Accueil Péri-scolaire

FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires pour l'admission d'un mineur relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles (article R.227-7 du CASF et arrêté du 20/02/2003)

1-ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : _____

2-PROFESSIONNEL DE SANTE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____

Tel. : _____

4- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladie, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence et les éventuelles contre-indications à la pratique de certaines activités physiques ou sportives.

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : OUI NON

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, joindre l'ordonnance aux médicaments (*aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin et sans Projet d'Accueil Individualisé (PAI) signé par les parents, le Maire et les intervenants*), qui seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies infantiles suivantes ?

Rubéole : OUI NON Varicelle : OUI NON

Scarlatine: OUI NON Coqueluche: OUI NON

Rougeole: OUI NON Oreillons: OUI NON

Allergies :

Asthme : OUI NON Médicamenteuse : OUI NON

Alimentaires OUI NON Autres : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

5-Recommandations utiles des parents

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc...

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____

Signature :